

(様式第1号)

年 月 日

大阪府知事 様

所在地
名称
代表者

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
補助金交付申請書

標記補助金にかかる事業を下記のとおり行いますので、大阪府補助金交付規則第4条及び大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第6条第1項の規定により補助金の交付を申請します。

記

1 補助事業の目的及び内容

補助事業の目的及び効果	
補助事業者の共創概要及び実施体制	別紙1のとおり
補助事業の内容	別紙2のとおり
補助事業の完了の予定期日	年 月 日

2 補助事業に要する経費及び補助金交付申請額

補助事業に要する経費	円
補助交付申請額	円

共創概要及び実施体制

申請者	企業名
	代表者
	本社所在地
	NQ 入居場所 () 棟 () 階
	電話&FAX (担当者)
業種	
資本金	千円 (年 月現在) 従業員数 人
会社の 事業内容・ 特色	
補助事業の 実施計画・ 共創概要	
補助事業の 実施体制	

別紙2

補助事業内容説明書

対象経費 (細目)	使用目的	対象経費の内容 メーカー、型番等	管理場所	金額 (単価×数量)	導入・開始 時期	支払予定 時期
合計					円	

※各対象経費（細目）の小計を記載すること。

【添付書類】

- ・NQ 入居に際し機構と締結した賃貸借契約書又は入居申込書の写し
同居事業者に当たっては、機構に提出された同居申請の写し
- ・要件確認申立書（様式第1-2号）
- ・暴力団等審査情報（様式第1-3号）
- ・その他知事が必要と認める書類

【留意事項】

- ・金額には消費税及び地方消費税を含みません。
- ・主に事務目的のパソコンは対象外です。
- ・設置費用、メンテナンス費用など、機械本体以外の金額は対象外です。
- ・本補助金以外の補助金を当該経費の一部に充当した場合は、その部分は本補助金の対象になりません。

(様式第1 - 2号)

要件確認申立書

大阪府知事 様

私(当団体)は、大阪府補助金交付規則(以下「規則」という。)第4条第2項第3号の規定に基づき、大阪府未来の医療Qrossoverプロジェクト補助金にかかる交付申請を行うにあたり、下記の内容について申立てます。

記

※各項目を確認し、はい・いいえのどちらかを○で囲んでください。

※「1」～「8」で「はい」に「○」を付けた場合及び「9」～「10」で「いいえ」に「○」を付けた場合は、補助金の支給を受けることはできません。

申 立 事 項		
1	代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等(以下「代表者等」という。)が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する 暴力団 、同法第2条第6号に規定する 暴力団員 、大阪府暴力団排除条例第2条第4号に規定する 暴力団密接関係者 である。 ※「暴力団密接関係者」については、次の2～6も確認してください。	はい・いいえ
2	代表者等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、 暴力団 又は 暴力団員 を利用するなどしている。	はい・いいえ
3	代表者等が、 暴力団 又は 暴力団員 に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に 暴力団 の維持、運営に協力し、若しくは関与している。	はい・いいえ
4	代表者等が、 暴力団 又は 暴力団員 であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている。	はい・いいえ
5	代表者等が、 暴力団 又は 暴力団員 と社会的に非難されるべき関係を有している。	はい・いいえ
6	(事業者においては、)次に掲げる者のうちに暴力団員又は上記2～5のいずれかに該当する者がいる。 ・事業者の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるか否かを問わず、当該事業者に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同様以上の支配力を有するものと認められる者を含む。) ・支配人、本店長、支店長、営業所長、事務所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、営業所、事務所その他の組織(以下「営業所等」という。)の業務を統括する者 ・営業所等において、部長、課長、支店次長、副支店長、副所長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、それらと同様以上の職にあるものであって、事業の利益に重大な影響を及ぼす業務について、一切の裁判外の行為をする権限を有し、又は当該営業所等の業務を統括する者の権限を代行し得る地位にある者 ・事実上事業者の経営に参加していると認められる者	はい・いいえ
7	法人にあっては罰金の刑、個人にあっては禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなった日から1年を経過しない者である。	はい・いいえ
8	公正取引委員会から私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律第49条に規定する排除措置命令又は同法第62条第1項に規定する納付命令を受け、その必要な措置が完了した日又はその納付が完了した日から1年を経過しない者である。	はい・いいえ
9	規則第2条第2号イ～ハまでのいずれかの該当の有無等に関して調査が必要となった場合には、大阪府が求める必要な情報又は資料を遅滞なく提出するとともに、その調査に協力し、調査の結果、該当することが判明した場合には、規則第15条に基づき、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消されても、何ら異議の申し立てを行いません。	はい・いいえ
10	暴力団等審査情報を、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、大阪府警察本部に提供することに同意する。	はい・いいえ

年 月 日

所在地
名称
代表者

(様式第1-3号)

暴力団等審査情報

大阪府補助金交付規則（以下「規則」という。）第4条第2項第3号の規定に基づき、大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金の交付申請を行うにあたり、規則第2条第2号イに該当しないことを審査するため、本書面を提出するとともに、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、府警察本部へ提供することに同意します。なお、役員の変更があった場合は、直ちに本様式をもって報告します。

	氏名		生年月日				性別	住所（所在地）
	か（半角）	漢字	元号	年	月	日		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

※役員数に応じ、適宜、行を追加すること。

※役員の変更による報告の場合は、変更した者のみにつき記載すること。

※氏名のカナは姓と名の間は半角スペースとし、漢字は姓と名の間は全角スペースとすること。

※生年月日の元号は、西暦は和暦に直し、明治は「M」、大正は「T」、昭和は「S」、平成は「H」と記載すること。

※生年月日は半角数字を用い、一の位の1から9の数字については頭に「0」を付加（「01」～「09」）すること。

年 月 日

所 在 地
名 称
代 表 者

(様式第2号)

年 月 日

大阪府知事

様

所在地
名称
代表者

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
補助事業の内容・経費配分の変更承認申請書

年 月 日付け大阪府指令 第 号により交付決定の通知があった上記補助事業の計画（事業内容、経費配分）を下記のとおり変更したいので、大阪府補助金交付規則第6条第1項第1号(第2号)及び大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第8条第1項の規定により申請します。

記

1 変更の理由

2 変更の内容

- (備考) 1 変更の理由を証する書類を添付すること。
2 変更の理由及び内容は、できるだけ詳細に記入すること。

(様式第3号)

年 月 日

大阪府知事

様

所在地
名称
代表者

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
補助事業中止（廃止）承認申請書

年 月 日付け大阪府指令 第 号により交付決定の通知があった上記補助事業の計画を下記のとおり中止したいので、大阪府補助金交付規則第6条第1項第3号及び大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第8条第2項の規定により申請します。

記

1 中止（廃止）の理由

2 中止の内容

(様式第4号)

年 月 日

大阪府知事

様

所在地
名称
代表者

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
補助事業遅延等報告書

年 月 日付け大阪府指令 第 号により交付決定の通知があった上記補助事業の計画について、下記の理由により期間内の遂行が困難になりましたので、大阪府補助金交付規則第6条第1項第4号及び大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第8条第3項の規定により報告します。

記

1 遅延等の理由

2 今後の計画

(様式第5号)

年 月 日

大阪府知事 様

所在地
名称
代表者

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
補助事業の額の変更承認申請書

年 月 日付け大阪府指令 第 号により交付決定の通知があった上記補助事業の補助対象設備の額について下記のとおり変更したいので、大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第8条第4項の規定により申請します。

記

1 変更の理由

2 変更の内容

- (備考) 1 変更の理由を証する書類を添付すること。
2 変更の理由及び内容は、できるだけ詳細に記入すること。

(様式第6号)

年 月 日

大阪府知事

様

所在地
名称
代表者

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
変更交付申請書

年 月 日付け大阪府指令 第 号により交付決定通知があった上記補助事業の補助対象設備の額について、下記のとおり増額したいので、大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第8条第5項の規定により申請します。

記

1 増額の理由

2 増額の内容

- (備考) 1 増額の理由を証する書類を添付すること。
2 増額の理由及び内容は、できるだけ詳細に記入すること。

(様式第7号)

年 月 日

大 阪 府 知 事 様

住所又は所在地
氏名又は名称
代 表 者 名

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
交 付 申 請 取 下 届 出 書

年 月 日付け大阪府指令 第 号により交付決定の通知があった
上記補助事業を下記のとおり取り下げたいので、大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト
補助金交付要綱第10条第1項の規定により届け出ます。

記

理 由

(様式第8号)

年 月 日

大阪府知事 様

所在地
名称
代表者

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
補助事業実績報告書

年 月 日付け大阪府指令 第 号により交付決定の通知があった上記補助事業の実績について、大阪府補助金交付規則第12条及び大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第11条の規定により下記のとおり報告します。

記

1 補助事業実施状況・成果

--

2 補助対象物等の状況

対象経費	使用目的	対象経費の内容 (メーカー、型番等)	金額 (単価×数量)	導入・開始時期 (発注日・納品日・支払状況等)
補助対象事業総額				円
うち他の補助金で賄われる額				円

※以下の書類を添付してください。

- ・経費を支出したことを証する書類（領収書、納品書等の写し）
- ・その他知事が必要と認める書類

2 補助金の交付決定額とその精算額

交付決定額 金 円
精算額 金 円

3 補助事業完了日 年 月 日

(様式第9号)

年 月 日

大阪府知事

様

所在地
名称
代表者

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
補助金交付請求書

年 月 日付け大阪府指令 第 号により交付決定の通知があった上
記補助金について、大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第13条第2
項の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求額	金	円
交付決定通知額	金	円
内訳		
今回請求額	金	円
概算払済額	金	円

(様式第 10 号)

年 月 日

大阪府知事 様

所在地
名称
代表者

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
補助事業者の要件を満たさなくなった旨の届出書

年 月 日付け大阪府指令 第 号をもって交付決定通知があった上記
補助事業について、大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助事業者の要件をこのた
び満たさなくなったので、大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第 14
条第 1 項の規定により、届け出ます。

記

- 1 補助事業者の要件を満たさなくなった事実の発生日
- 2 補助事業者の要件を満たさなくなった理由

※補助事業者の要件を満たさなくなった理由については、その事実を証する書類（法人
の登記事項証明書（履歴事項証明書）等を添付すること。

(様式第 11 号)

該当事項届出書

大阪府知事 様

私(当団体)は、大阪府補助金交付規則第 2 条第 2 号イ～ハに規定する次の各号のうち、第 号に該当する者となったので、大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第 14 条第 2 項の規定により、本書面を届け出ます。

- 1 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第 2 条第 2 号に規定する「暴力団」をいう。）
- 2 暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第 2 条第 6 号に規定する「暴力団員」をいう。）
- 3 暴力団密接関係者（大阪府暴力団排除条例第 2 条第 4 号に規定する「暴力団密接関係者」をいう。）
- 4 法人にあっては罰金の刑、個人にあっては禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなった日から 1 年を経過しない者
- 5 公正取引委員会から私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律第 49 条に規定する排除措置命令又は同法第 62 条第 1 項に規定する納付命令を受け、その必要な措置が完了した日又はその納付が完了した日から 1 年を経過しない者

年 月 日

所在地
名 称
代表者

(様式第 12 号)

年 月 日

大阪府知事 様

所在地
名称
代表者

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
財産処分承認申請書

年 月 日付け大阪府指令 第 号をもって交付決定通知があった上
記補助事業の実績について、取得財産を処分したいので、大阪府補助金交付規則第 19 条及
び大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第 16 条第 2 項の規定により、
下記のとおり申請します。

記

1 処分しようとする財産

- ① 機械又は装置、設備等の名称
- ② メーカー及び型番
- ③ 導入金額
- ④ 導入時期
- ⑤ 支払状況
- ⑥ 処分の理由

(様式第 13 号)

年 月 日

大阪府知事 様

所在地
名称
代表者

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
財産受領報告書

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金の交付を受けた財産を から
受領しましたので、大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第 16 条第
4 項第 1 号の規定により、下記のとおり報告します。

記

- 1 機械又は装置、設備等の名称
- 2 メーカー及び型番
- 3 財産譲渡者による設備の導入時期
- 4 耐用年数満了日
- 5 その他

(様式第 14 号)

年 月 日

大阪府知事 様

所在地
名称
代表者

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金に係る
財産移動報告書

大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金の交付を受けた財産を移動しますので、大阪府未来の医療 Qrossover プロジェクト補助金交付要綱第 16 条第 6 項の規定により、下記のとおり報告します。

記

- 1 機械又は装置、設備等の名称
- 2 メーカー及び型番
- 3 補助金受領日
- 4 財産処分制限期間満了日
- 5 新たに財産を保管する場所